

## Accès aux soins de réadaptation et handicap

Jean-Pascal Devailly – Laurence Josse  
CHU Avicenne Bobigny

Manuscrit accepté des auteurs - Paru dans *gestions hospitalières* n°492 - janvier 2010

**Résumé :** Dans les années 1960, la réadaptation médicale était bien identifiée dans le système de soins français dans les années soixante, mais les lois qui se sont succédées ont entraîné une profonde fracture entre le monde sanitaire et le monde social. L'évolution des politiques publiques de santé et du modèle social de handicap a ensuite rendu presque invisible la nécessité d'un champ d'activités socio-sanitaires de réadaptation orienté vers la réduction du handicap. L'absence actuelle d'une politique publique de réadaptation face à l'ajustement brutal des dépenses de santé soutenu par une gestion principalement comptable met en danger le dispositif français de réadaptation médicale au détriment des personnes handicapées. Un partenariat renouvelé entre associations professionnelles, associations d'usagers, planificateurs et gestionnaires, politiques et représentants du monde marchand doit viser la planification, l'organisation et le financement de programmes de réadaptation. L'amélioration du service rendu aux usagers reposera sur une vision partagée des résultats cliniques et de santé publique.

L'OMS définit la réadaptation médicale comme « *l'application coordonnée et combinée de mesures dans les domaines médical, social, psychique, technique et pédagogique, qui peuvent aider à remettre le patient à la place qui lui convient le mieux dans la société ou/et à lui conserver cette place.* »

Si la réadaptation médicale était bien identifiée dans le système de soins français dans les années soixante, les lois successives en particulier celles de 1970 et 1975 ont entraîné une profonde fracture entre les mondes sanitaire et social, fracture que l'Etat ne cessera de tenter de réduire. L'histoire mouvementée des spécialités médicales, des politiques publiques de santé et l'évolution conceptuelle qui a fait du problème du handicap une question presque purement sociale en France, ont ensuite progressivement rendu invisible la réadaptation comme champ propre des activités sanitaires et sociales, orienté vers la réduction du handicap.

Lors de la mise en place des politiques de planification sanitaires et sociales a été occultée de ce fait la nécessité de la planification, de l'organisation et du financement d'un dispositif intégré de réadaptation, intervenant dès le stade aigu des maladies et accidents, et se poursuivant tout au long des continuums de soins. L'ajustement brutal des dépenses de santé soutenu par une gestion principalement comptable risque de provoquer un effondrement tranquille, parce que difficile à percevoir, de la réadaptation médicale. N'étant plus identifiée, elle commence à se dissoudre et va s'écrouler par pans entiers dans tous les secteurs si les acteurs concernés ne réagissent pas assez vite. Les personnes handicapées, particulièrement les plus vulnérables, en sont les premières victimes quel que soit leur âge.

### **Le paradoxe entre modèle médical / modèle social du handicap**

La lutte contre le handicap doit être une priorité de santé publique<sup>1</sup>. La réadaptation est soumise à une tension permanente entre l'action sur la personne et son environnement (approche clinique) et l'action sur le système socio-politique (approche sociale). Soins centrés sur la personne et actions collectives distinguent également clinique et santé publique. Pour Contandriopoulos<sup>2</sup>, la régulation du système de santé résulte des confrontations entre quatre logiques de régulations différentes : professionnelle, technocratique, marchande et démocratique. Leurs fondements sont largement incompatibles et « elles constituent une source importante de légitimité pour l'un ou l'autre des grands groupes d'acteurs que l'on

retrouve dans tout système de soins : les professionnels; les gestionnaires et les planificateurs; le monde politique dans ses dimensions représentatives et démocratique; et le monde marchand. »

Il est donc essentiel que les organisations professionnelles impliquées dans la lutte contre le handicap et ayant une expertise des processus de soins soient considérées comme parties prenantes légitimes et participent, au même titre que les associations représentatives d'usagers, à l'élaboration des projets aux niveaux micro, méso et macro du système sanitaire et social<sup>3</sup>.

## **La prévention du processus de production du handicap**

Nous distinguons deux approches de la question de l'accessibilité aux soins et du handicap :

- Soit on considère l'accès aux soins pour des personnes qualifiées de "handicapées" (handicap-état). Il s'agira de promouvoir l'indispensable accessibilité aux soins ordinaires et à des réseaux d'équipes expertes ainsi que la sensibilisation des professionnels. Dans ce cas, la réadaptation n'est paradoxalement pas visible comme dispositif de lutte contre le handicap. En témoigne le rapport récent de l'HAS relatif à l'"Accès aux soins des personnes en situation de handicap"<sup>4</sup>.

- Soit on considère le processus de production des situations de handicap et l'ensemble des actions sanitaires et sociales de lutte contre toutes ses étapes (handicap-processus). La réadaptation émerge alors comme un indispensable dispositif précoce, coordonné et continu de prévention et de réduction au minimum des situations de handicap<sup>5</sup>.

Ce dispositif de lutte doit être identifié, planifié, organisé et financé. Il s'insère selon l'OMS dans une stratégie intégrée de soins et dans un continuum de soins individualisés pour la personne où sont étroitement intriquées et tuilées prévention, soins, réadaptation et soutien<sup>6</sup>. La stratégie canadienne des AVC<sup>7</sup> et l'Early Supported Discharge<sup>8</sup> sont deux exemples de l'intrication étroite de la réadaptation à une stratégie intégrée de soins.

## **Réduction des dépenses de santé et de régulation concurrentielle.**

**En soins de courte durée**, du fait des restrictions budgétaires, les soins urgents sont privilégiés au détriment de ce qui se voit moins et produira plus tard un handicap surajouté. Le défaut de soins de rééducation est considéré comme une maltraitance dans un rapport du conseil de l'Europe<sup>9</sup> de 2002. Alors que la population hospitalisée est de plus en plus à risque de perte d'autonomie, le personnel soignant est quasiment la seule variable d'ajustement pour les directeurs<sup>10</sup>. Les professionnels de rééducation et assistants de services sociaux sont les premiers à ne pas être remplacés, ainsi que les aides-soignants, si nécessaires pour la prévention de la perte d'autonomie. Sous l'effet de cette réduction d'effectifs, la prévention des sur-complications précoce régresse (rétractions, troubles neuro-orthopédiques, escarres, complications respiratoires et urinaires), tandis qu'augmente inéluctablement le risque de pertes de chances, de précarisation fonctionnelle et de handicap surajouté<sup>11</sup>.

**En soins de suite et de réadaptation (SSR)**, les mêmes mécanismes de régulation réduisent les effectifs, du fait de l'absence d'identification et de financement des niveaux gradués de soins<sup>12</sup> en lien récursif avec l'absence de modèle de rémunération du service rendu<sup>13</sup> :

- dans le modèle actuel de valorisation de l'activité, les patients relevant de réadaptation intensive, ne reçoivent pas les soins suffisants au regard des données probantes (exemple des AVC). Il faut parfois des semaines, voire des mois, pour obtenir une place dans un des rares centres régionaux de réadaptation pouvant accueillir des tétraplégiques ou des cérébrolésés très graves en Ile-de-France (niveau très spécifique)<sup>14</sup>.

- les patients relevant d'une réadaptation continue et complexe, avec peu de progrès fonctionnels attendus, sont souvent refusés en SSR et restent longtemps en court séjour, parfois des années pour des patients jeunes et très lourdement handicapés. Les établissements

qui le peuvent sont de plus en plus contraints de sélectionner les patients à moindre complexité bio-psycho-sociale. La tendance au raccourcissement non médicalement justifié des séjours peut engendrer des risques vitaux dans le domaine du handicap physique comme dans celui de la santé mentale.<sup>15 16</sup>

Pour les patients exclus des filières, commence un parcours du combattant qui traverse les secteurs sanitaire et social et que rien ne rend lisible alors qu'on promeut l'*empowerment* du patient et l'information source de codécision entre soignants et soignés. Pour la personne livrée à elle-même dans ce parcours confus, aléatoire, peu équitable et où règne la concurrence et l'incoordination, l'injonction paradoxale d'autonomie évoque l'image du poisson rouge sommé de sauter seul d'un bocal dans un autre<sup>17</sup>.

### **En milieu de vie ordinaire, protégé ou spécifique**

De grandes difficultés sont observées dans l'organisation de relais de rééducation en masso-kinésithérapie ou orthophonie de ville. Les structures médico-sociales peinent à faire intervenir des médecins ou paramédicaux spécialisés auprès des usagers. La raréfaction des assistants de service sociaux dans certains hôpitaux, les trop longues listes d'attente dans les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et l'aggravation des problèmes de logement accroissent la confusion et l'incoordination. Le financement à l'activité aggrave paradoxalement un fonctionnement de plus en plus fragmenté et concurrentiel qui conduit trop souvent aux sorties précaires, aux séjours extrêmes et aux impasses hospitalières.

Les parcours de soins privilégient la fluidité dans une vision centrée sur l'aspect vertical de la filière, dans le sens hôpital vers la ville, au détriment de ses aspects horizontaux (à un moment donné de la chaîne de soins). Il n'y a pas de réel fonctionnement en réseau ville-hôpital-médico-social, faute en particulier d'une lisibilité des ressources partagées qui favoriserait une accessibilité aux interventions de réadaptation sanitaires et sociales en milieu communautaire tant pour les usagers que pour les acteurs professionnels. Les usagers aux plus faibles habiletés sociales au regard du système de soins en sont les premières victimes. Les nouvelles règles relatives aux tarifs des soins, de la dépendance et de l'hébergement risquent d'inciter les établissements d'hébergement à long terme à ne pas admettre les patients porteurs des handicaps les plus sévères ou à sélectionner les personnes selon leurs ressources notamment les EHPAD.

### **De la fragmentation à la coopération**

Il est nécessaire avec la HAS et le CNSA 18 de privilégier trois thèmes de coopération entre professionnels, usagers et gestionnaires:

**1 Améliorer l'accès aux soins primaires et préventifs des personnes en perte d'autonomie** : c'est déployer, dès le stade aigu des maladies et accidents, en post-aigu puis en milieu communautaire, une offre équitable, efficiente et acceptable de soins de réadaptation dans un contexte de régulation par le rationnement et la concurrence<sup>19</sup>. Une forte implantation de la réadaptation hospitalière dans les établissements aigus est indispensable, sous forme d'équipes mobiles médicalisées et pluriprofessionnelles, au mieux articulées à des lits de réadaptation médicale précoce pour des patients souvent encore instables, et fonctionnant en réseau de proximité avec la réadaptation hospitalière post-aiguë et communautaire:

- les SSR et leurs alternatives
- les professionnels de ville et du secteur médico-social du ou des territoire(s) desservi(s).
- les structures de redomiciliation, d'hébergement et d'orientation (MDPH) des territoires concernés.

**2 Mieux orienter** les personnes suppose de concilier l'accès en temps opportun aux prestations requises et le respect du choix de la personne. Les pistes d'amélioration sont multiples : identifier les déterminants des orientations inadéquates, analyser les motivations des différents acteurs pour orienter vers une hospitalisation ou des alternatives, favoriser la participation des patients.

Les futurs systèmes d'orientation dans les « filières » de soins, leurs possibles défaillances, surtout s'ils tentent de superposer des orientations autoritaires à un ensemble de structures soumises à une logique comptable au sein d'un quasi-marché, sont bien au centre des tensions entre modèle intégratif et participatif du handicap. Les ARS pourraient faciliter la défragmentation préconisée dans le rapport Larcher<sup>20</sup> et être le lieu de la combinaison d'une approche prescriptive et descendante et d'une approche ascendante territoriale intégrant les savoirs des usagers et ceux des professionnels à des projets de territoire prenant enfin la mesure des besoins.

**3 Optimiser la prise en charge dans les différentes structures par un fonctionnement en réseau.** De nombreuses questions restent en suspens : quels modèles d'interventions et de structures sont pertinents ? Qu'attendre des modes d'organisation ou structures innovantes, des réseaux de soins de proximité à pilotage décentralisé<sup>21</sup>, des équipes mobiles<sup>22</sup>, et de la gestion de cas ? Quels indicateurs utiliser : impact sur l'état de santé, sur l'autonomie et sur la qualité de vie des personnes, indicateurs médico et socio économiques ?

Les professionnels de réadaptation doivent « s'impliquer dans les instances collectives dans le but de sensibiliser et de faire évoluer la société pour que celle-ci s'adapte aux besoins spécifiques et à une intégration digne et naturelle des personnes handicapées » (Jean-Marie André)<sup>23</sup>. Il convient de développer des pôles de ressources et de pratiques partagées reposant sur une vision commune des objectifs et des résultats attendus.

## **Le dilemme de la réadaptation**

Le dilemme de la réadaptation, pont intégrateur indispensable, jeté et sans cesse reconfiguré entre soins et social, est de devoir sans cesse concilier des principes contradictoires :

**1 le respect du principe d'équité.** Il s'agit d'organiser l'assemblage des compétences qui permette l'accès en temps opportun aux prestations requises par le patient dans un champ défini comme relevant non seulement de l'intérêt général mais de la solidarité, quels que soient ses besoins et conditions de ressources. Les activités doivent réaliser une lecture experte et interdisciplinaire des cascades lésionnelles, fonctionnelles et situationnelles du processus de production du handicap, et la mise en relation en réseau de la personne avec les réponses appropriées du système de soins.

**2 Le respect du principe d'efficience** qui représente la nécessité de structurer et organiser les ressources au regard leur caractère nécessairement limité.

**3 le respect du principe de participation** des usagers qui suppose le respect du choix des personnes, une information favorisant la codécision entre soignants et soignés et l'autodétermination, l'accompagnement et l'aide à la négociation qui doit aller si nécessaire jusqu'à et à la recherche d'une transformation du milieu social et environnemental.

Les réseaux « voulus d'en haut » se perdent souvent dans l'inefficacité technocratique et la difficulté d'imposer le gradient d'autorité d'une « tête de réseau ». Ils s'opposent aux réseaux « voulus d'en bas », construits à partir des territoires, à pilotage décentralisé entre acteurs interdépendants, mais qui sont souvent trop dispersés et trop peu polyvalents pour les acteurs de terrain, d'accès aléatoire et confus dans leurs objectifs. Il sont également souvent peu

pérennes car ils représentent des tentatives de greffes précaires ne s'imbriquant pas réellement à un système de soins de premier recours ou rien n'incite les acteurs à collaborer.

Cet éparpillement des réseaux, soumis au gré des fléchages politico-médiatiques et de la course aux financements peine à répondre aux besoins des personnes handicapées qui paradoxalement, mais sans doute du fait d'une acception trop purement sociale du terme, ont été l'objet de trop peu de tentatives de réseaux de santé. Est-il ainsi normal de voir certains patients atteints d'infirmité motrice cérébrale suivis par des réseaux de soins palliatifs faute d'une prise en charge adéquate en ville du handicap moteur ? Le goulot d'étranglement créé par les MDPH, alors que la notion de guichet unique devait renvoyer à l'accès à un réseau par des portes d'entrée multiples, a de fait créé un guichet inaccessible et renforcé les cloisonnements entre acteurs sanitaires et sociaux.

### **Promouvoir la réadaptation médicale**

En 1960 existait au niveau national une commission de réadaptation médicale<sup>24</sup> qui réunissait de nombreuses spécialités médicales. La circulaire du 17 février 1960 relative à la réadaptation médicale (Eugène Aujaleu) précisait la même année le champ d'application de la réadaptation médicale et décrivait l'organisation de la réadaptation hospitalière et post-hospitalière<sup>25</sup>. Les lois suivantes, avec la fragmentation entre soins et social issue des lois de 1970 et 1975<sup>26</sup>, les tensions entre organisations professionnelles et corporatismes divers, parfois au sein même des spécialités médicales, la confusion terminologique entre rééducation et réadaptation, en partie liée aux difficultés des définitions ordinales de spécialités comme la médecine physique et de réadaptation (MPR), associée à l'instabilité conceptuelle relative au handicap, ont progressivement rendu invisible le champ de la réadaptation médicale en France en la cantonnant aux SSR<sup>27</sup>. Une rapide recherche d'occurrence du terme « réadaptation » avec les logiciels du commerce montre sa quasi disparition des textes réglementaires, sauf dans les expressions MPR et SSR et le domaine de la psychiatrie. Il est frappant que le terme ne figure pas une seule fois dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Il est parfois associé au terme de « réhabilitation », lui supposant alors un sens différent et dans la confusion la plus totale, comme dans la loi du 4 mars 2002, limitant ainsi la cohérence internationale souhaitée par l'OMS dans l'équivalence entre réadaptation en français et *rehabilitation* en anglais.

Contrairement aux idées reçues selon lesquelles milieu médical et associations de personnes handicapées seraient plutôt dans des attitudes d'opposition réciproques, leurs liens réguliers ont permis des revendications communes, qui ont permis, entre médecine et politique, de promouvoir le développement de la réadaptation médicale<sup>28</sup>. En faisant partie du monde social de la réadaptation, imposée par circulaires et décrets, la réadaptation médicale risque une marginalisation au moment où les pouvoirs publics la soutiennent moins. L'exemple de la MPR est frappant. Cette spécialité n'a pas été créée comme la plupart des spécialités médicales au sein du seul monde médical, mais a quasiment été imposée par les politiques publiques. Même si elle conserve une dimension curative fondamentale et garde des applications essentielles dans la médecine spécialisée d'appareil, la médecine de réadaptation devient une clinique de la fonction, avec une logique sémiologique spécifique. Elle ne peut trouver sa légitimité dans la seule médecine curative au sein de laquelle il lui faut pourtant garder une légitimité cruciale pour sa survie.

### **Vers une nouvelle politique publique de réadaptation**

La construction d'un dispositif socio-sanitaire répondant aux besoins de santé d'intérêt collectif des territoires doit permettre l'accès en temps opportun aux prestations de réadaptation requises au regard de l'état de l'art. Les collègues professionnels, comme les

associations de malades et de personnes handicapées, doivent participer avec les autres parties prenantes à la planification, l'organisation et le financement d'un dispositif complet de lutte contre le handicap. Ce dispositif doit être gradué en fonction de la complexité des besoins de réadaptation et de la prévalence/incidence des affections causales et doit s'insérer dans un réseau intégré de soins<sup>29</sup>. Les réformes en cours du système de santé, dans le contexte d'une régulation par le rationnement qui ne dit pas son nom, et qui est dissimulée derrière une régulation par un pseudo-marché dont les indicateurs reposent sur des résultats essentiellement comptables, mettent en grand danger le dispositif actuel de réadaptation en France, à la fois en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social. La question du financement est centrale puisque la réadaptation, un pied dans les soins et un pied dans le social, est inévitablement sous-valorisée dans un financement à l'activité construit sur les dogmes sous-jacents à la fragmentation des enveloppes financières. Celle-ci rend quasiment impossible la valorisation d'interventions médico-sociales précoces en sanitaire, même sous forme de missions d'intérêt général (MIGAC) puisque *a priori* hors champ sanitaire. La fragmentation explique aussi les négociations absurdes entre l'Etat et ses services décentralisés, qui sont une des impasses majeures à l'origine du dysfonctionnement des réseaux et qui paralysent également la question de la redéfinition des missions et des moyens des établissements médico-sociaux, dont les EHPAD et celles des USLD. Ces cloisonnements devenus autant institutionnels que culturels rendent quasi impossible une analyse globale des besoins et l'organisation cohérente d'un système d'aval hospitalier pour les personnes en perte d'autonomie. Cette organisation doit être fondée sur un accompagnement précoce de la sortie, nécessairement médico-social, visant la meilleure intégration en terme d'autonomie et de qualité de vie, en milieu ordinaire comme en hébergement protégé ou spécifique. Les ARS et la fongibilité des enveloppes financières ne pourront améliorer la situation que si ces enveloppes ne sont pas sous dimensionnées et si la gouvernance parvient à sortir de modèles managéralistes favorisant une ingénierie trop exclusivement *top down*, souvent plus préoccupée de fluidité que de pertinence des soins.

Aujourd'hui, l'absence d'une politique publique de réadaptation favorise des risques parfois vitaux ainsi que des complications à l'origine de handicaps évitables. Cette situation critique rend urgent le renouveau du dialogue entre organisations professionnelles, associations d'usagers, planificateurs et gestionnaires, politiques et représentants du monde marchand. Ce partenariat renouvelé doit viser l'organisation de programmes de réadaptation fondés sur les preuves, la définition de conditions techniques de fonctionnement et des financements nécessaires pour ces programmes, et leur évaluation sur des résultats cliniques reflétant la qualité du service rendu selon une vision partagée<sup>30</sup>.

Il n'est pas acceptable de savoir ce qu'il faut faire et de continuer à ne pas le faire ni que le mauvais usage des concepts *"empêche d'établir le vrai débat constructif, celui qui serait focalisé sur le seul objectif qui vaille : « réduire le handicap », quelle qu'en soit l'origine, et à n'importe quel âge."*(Colvez)<sup>31</sup>

---

<sup>1</sup> **Jean-François Ravaud, Isabelle Ville. Santé et société - Le handicap comme nouvel enjeu de santé publique.** La santé Cahiers français; n° 324:21-26  
<http://ifr-handicap.inserm.fr/CAHFR2005.pdf>

<sup>2</sup> **André Pierre Contandriopoulos, Jean-Louis denis, Nassera Touati, Rosario Rodriguez. Intégration des soins concepts et mise en œuvre. Ruptures, revue transdisciplinaires en santé 2001 ; 8(2) : 38-52.**

[Cliquer ici](#) - Diaporama des schémas

Voir aussi: éléments pour concevoir l'organisation et la gouvernance du système clinique (paradoxes des systèmes cliniques) [Cliquer ici](#) ; [lien externe](#)

<sup>3</sup> **Microsystèmes cliniques.** Dartmouth Center for the Evaluative Clinical Sciences  
<http://sites.google.com/site/systemedesoinsethandicap/microsystemes-cliniques>

<sup>4</sup> **Rapport de la HAS: accès aux soins des personnes en situation de handicap**

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_736311/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-rapport-de-la-commission-d-audition-publique](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_736311/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-rapport-de-la-commission-d-audition-publique)

**Programme et intervenants**

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_674890/audition-publique-acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-du-22-au-23-octobre-2008](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_674890/audition-publique-acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-du-22-au-23-octobre-2008)

<sup>5</sup> **Classification québécoise du Processus de production du handicap**

<http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/classif/>

Voir aussi : <http://www.ripph.qc.ca/> ; <http://www.aqis-iqdi.qc.ca/tdimodule1ccofemer.pdf>

<sup>6</sup> **Organisation mondiale de la santé. Cinquante-huitième assemblée mondiale de la santé A58/17.**

**Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris**

[http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/A58\\_17-fr.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_17-fr.pdf)

Disability, including prevention, management and rehabilitation

<http://www.who.int/nmh/a5817/en/>

<sup>7</sup> **La stratégie canadienne de l'AVC. 2006**

<http://www.canadianstrokenetwork.ca/fr/outils/downloads/CSSManualFR.pdf>

voir

[http://pagesperso-orange.fr/ampr-idf/newsletter\\_strategieavc.htm](http://pagesperso-orange.fr/ampr-idf/newsletter_strategieavc.htm)

<sup>8</sup> **Early Supported Discharge**

<http://pagesperso-orange.fr/ampr-idf/esd.htm>

<sup>9</sup> **La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus.** 30 janvier 2002 - Hilary Brown

[http://www.coe.int/t/f/coh%E9sion\\_sociale/soc-sp/Abus\\_F%20en%20couleur.pdf](http://www.coe.int/t/f/coh%E9sion_sociale/soc-sp/Abus_F%20en%20couleur.pdf)

<sup>10</sup> **Intervention de Robert Holcman au sénat - 1er avril 2008 - Comptes rendus de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale**

<http://www.senat.fr/bulletin/20080331/mecss.html>

<sup>11</sup> **Hamonet C. Les exclus de la rééducation-réadaptation.** Réadaptation ; 2003, no498, pp. 21-24

[http://claude.hamonet.free.fr/fr/art\\_exclus.htm](http://claude.hamonet.free.fr/fr/art_exclus.htm)

<sup>12</sup> **Yelnik A. Financement de l'activité en médecine physique et de réadaptation,**

**questions en cours et perspectives.** Annales de réadaptation et de médecine physique 2009 ; 52(6) : 451-452

<http://pagesperso-orange.fr/ampr-idf/documents/pmsit2a/editoAYjuly09.pdf>

<sup>13</sup> **La T2A en soins de suite et de réadaptation: premières réflexions - [Cliquer ici](#) - [Lien direct](#)**

[http://www.gestions-hospitalieres.fr/article.php?ref\\_article=2832](http://www.gestions-hospitalieres.fr/article.php?ref_article=2832)

<sup>14</sup> **Compte rendu de la réunion plénière de l'AMPR-IDF 5/12/2009**

<http://sites.google.com/site/newslettersampridf/reunion-de-l-ampr-idf-5-decembre-2009>

<sup>15</sup> **Wirofius J-M. La survie des personnes handicapées en milieu sanitaire est de nouveau menacée : le rôle vital de la médecine physique et de réadaptation (MPR)**

Journal de réadaptation médicale 2009 ; 29(4) :168-174

<http://www.em-consulte.com/article/232861>

Articles analysés :

- **Trends in Length of Stay, Living Setting, Functional Outcome, and Mortality Following Medical Rehabilitation** (en fulltext)

Kenneth J. Ottenbacher, PhD, OTR; Pam M. Smith, DNS, RN; Sandra B. Illig, MS, RN; Richard T. Linn, PhD; Glenn V. Ostir, PhD; Carl V. Granger, MD JAMA. 2004;292:1687-1695.

<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/292/14/1687>

- **Medicare's new restrictions on rehabilitation admissions: impact on the elderly.**

<http://journals.lww.com/ajpmr/pages/articleviewer.aspx?year=2008&issue=11000&article=00002&type=abstrac>

[t  
http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003999397904299](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003999397904299)

<sup>16</sup> T. Haustgen. **Le nouveau Moyen Âge psychiatrique.** The new psychiatric Middle Ages Springer-Verlag 2009; 7(2)

<http://www.springerlink.com/content/4v758152657021x7/>  
<http://www.springerlink.com/content/4v758152657021x7/fulltext.pdf>

<sup>17</sup> **Serge Ebersold. Le champ du handicap, ses enjeux et ses mutations: Du désavantage à la participation sociale** *Análise Psicológica* (2002), 3 (XX): 281-290

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n3/v20n3a02.pdf>

<sup>18</sup> HAS - CNSA. **Appel à Projets de Recherche 2007. Evaluation et amélioration de la prise en charge globale des personnes en perte d'autonomie**

<http://www.cnrs.fr/infoslabos/appels-offres/docs/APR-2007-conjoint-HAS-CNSA.pdf>

<sup>19</sup> **Site du GTA rehab network:** <http://www.gtarehabnetwork.ca/home.asp>

Schéma conceptuel: <http://pagesperso-orange.fr/ampr->

[idf/Images/Images%20avc%20ESD%20jpg/Schemas%20ESD%20Langhorne%2022052009/reseau\\_readaptation\\_gta.JPG](http://images.images%20avc%20ESD%20jpg/Schemas%20ESD%20Langhorne%2022052009/reseau_readaptation_gta.JPG)

<http://www.gtarehabnetwork.ca/downloads/rehab-definitions-conceptual-framework.pdf>

<sup>20</sup> **Rapport de la commission Larcher**

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000209/index.shtml>

<sup>21</sup> **Filières et réseaux. Vers l'organisation et la coordination du système de soins** *Gestions hospitalières* - 1997. pp 433-438

<http://www.chuv.ch/bdfm/cdsp/selection/gremy.htm>

Voir aussi [http://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=GS\\_100\\_0035](http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=GS_100_0035)

<sup>22</sup> **S. Lefebvre, D. Lefebvre, K. Cordier, J. Sengler. Équipe Mobile Interdisciplinaire de Rééducation et de Réadaptation : l'expérience mulhousienne**

*Journal de réadaptation médicale* 2007 ; 27( 2-3) :89-91

<sup>23</sup> **Fondements, stratégies et méthodes en Médecine Physique et Réadaptation ;** JM. André ; *Traité de Médecine Physique et de Réadaptation*, JP. Held, O. Dizien; Flammarion

<sup>24</sup> **Mémoire de mastère 2: Santé, Populations, Politiques sociales EHESS Marie-Odile Frattini**  
**Dynamique de constitution d'une spécialité médicale fragile: la médecine de rééducation et réadaptation fonctionnelles en France entre médecine et politique.**

<http://www.sofmer.com/download/sofmer/MOF-M2-SPPS-EHESS.pdf>

<sup>25</sup> **Wirocius J-M. La réadaptation au sein du monde hospitalier La circulaire du 17 février 1960 relative à la réadaptation médicale.** *Journal de réadaptation médicale* 2005 ; 25(1) :42-46

<http://www.em-consulte.com/article/108835/resultatrecherche/1>

<sup>26</sup> **Intervention de Guy Bailon: analyse du livre de JF Bauduret et M Jaeger. « Rénover l'action sociale et médicosociale. Histoire d'une refondation ».** et des lois de 1970, 1975, 2002 et 2005. *Espoir.foreitic.net*

<http://espoir.foreitic.net/files/Colloque/versions%20site/Intervention%20de%20G%20Bailon.pdf>

Voir aussi Point de vue sur les ARS: [http://www.serpsy.org/actua\\_08/ars\\_bailon.html](http://www.serpsy.org/actua_08/ars_bailon.html)

<sup>27</sup> Ibid 23

<sup>28</sup> Ibid 23

<sup>29</sup> **Réformes de l'organisation et du financement des SSR : la gestion des paradoxes en réadaptation** J-P Devailly - L. Josse. *Journal de réadaptation médicale* 2008 ; 28(2) :72-80.

[http://sites.google.com/site/systemedesoinsethandicap/planifier-organiser-et-financer-la-readaptation/reformes\\_organisation\\_financement\\_ssr.doc?attredirects=0&d=1](http://sites.google.com/site/systemedesoinsethandicap/planifier-organiser-et-financer-la-readaptation/reformes_organisation_financement_ssr.doc?attredirects=0&d=1)

(manuscrit accepté des auteurs)



<sup>30</sup> **Réseau de services intégrés Ses principes, concepts et composantes**

[http://www.santeestrie.qc.ca/publication\\_documentation/documents/reseaux\\_integres.pdf](http://www.santeestrie.qc.ca/publication_documentation/documents/reseaux_integres.pdf)

Voir aussi: **Développement des communautés, santé publique et CLSC** Par **Denis Bourque** [Développement des communautés, santé publique et CLSC](#) ; [diapos](#)

[Un système de gouvernance régionale axé sur l'amélioration continue de la performance](#) ; [diapos](#) (**prévenir, guérir, soutenir**)

<sup>31</sup> **Alain Colvez. Vieillesse, dépendance, handicap : du bon usage des concepts. Revue adsp n° 56 septembre 2006**

<http://pagesperso-orange.fr/ampr-idf/handicap/colvezhandicapautonomie.pdf>